LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

DR MEKHNACHE A.MALEK

I. Introduction :

1) Définition :

On appelle accouchement prématuré toute naissance survenant avant la 37 me SA.

La menace d'accouchement prématuré est donc définie par l'apparition d'un état clinique qui aboutit en dehors de toute thérapeutique à un accouchement prématuré il s'agit donc d'un diagnostics de probabilité.

2) La fréquence :

on distingue en fonction du terme :

- -La prématurité moyenne lorsque la naissance survient entre 32 et 37 semaines d'aménorrhée représente environ 80 % de la prématurité

-la grande prématurité comprise entre 28 et 32 SA présentes 20 % des accouchements prématurés

-la très grande prématurité inférieure à 28 semaines d'aménorrhée représente moins de 1 % et dont le pronostic est encore mal connue.

3) *La mortalité :*

l'accouchement prématuré est la première cause de mortalité et de morbidité néonatale dans les pays industrialisés malgré les progrès fantastique de la réanimation néonatale plus de 80 % de la mortalité périnatale est liée à la prématurité

le prématuré. est particulièrement exposés aux risques suivants :

1- la détresse respiratoire et la maladie. Des membranes hyalines

2- souffrance cérébrale est hémorragique intraventriculaire.

3- entérocolite ulcéro-nécrosante

4- les infections

5- l'ictère néonatal sévère

6- hypoglycémie.

7-Hypothermie

8-complication liée à la réanimation

4) La morbidité :

la prématurité est génératrice des séquelles un tiers des prématurés nés avant 32SA présenteront. A long terme des séquelles essentiellement neurosensorielles

II. Les étiologies :

A. Causes maternelles générales

Causes infectieuses

La pathologie infectieuse vient au premier rang. Elle favorise la survenue de contractions utérines et le déclenchement du travail, souvent du fait de l'agent pathogène, mais aussi par l'hyperthermie.

* L'hyperthermie, à elle seule, peut être responsable d'une augmentation de la contractilité utérine.

* La plupart des maladies bactériennes, virales ou parasitaires peuvent être en cause.

* L'infection urinaire, qu'elle soit haute (pyélonéphrite) ou basse, mérite une place à part.

- C'est un facteur considérable d'accouchement prématuré par sa fréquence et par son rôle déclenchant en particulier lors de récidives.

- - Dans 15% des cas cette infection urinaire est asymptomatique, c'est dire l'importance de sa recherche systématique lors de toute grossesse.
- * On insistera sur la listériose qu'il faudra rechercher lors de toute fièvre pendant la grossesse.

- Autres causes

  * Certaines pathologies maternelles peuvent être responsables soit de prématurité spontanée, soit de prématurité médicalement induite et en particulier :

    - l'hypertension artérielle
    - le diabète
    - l'anémie
    - la toxémie
    - le tabac

- * Tous ces éléments peuvent induire une prématurité.
- * Enfin toute pathologie intercurrente ou altération de l'état général maternel, quelle que soit son étiologie, favorise la prématurité.

B. Causes maternelles locales

- Malformations utérines

  * Congénitales : retrouvées dans moins de 5% des menaces d'accouchement prématuré, mais leur présence porte le risque de prématurité à 40%. Il peut s'agir d'utérus bicorne, unicorne, hypoplasique ou cloisonné.

* Acquises (synéchies, fibromes, utérus cicatriciel...) : elles peuvent également induire une menace d'accouchement prématuré.

Ces malformations sont le plus souvent diagnostiquées par une hystérosalpingographie pratiquée en dehors de la grossesse.

*La béance cervico-isthmique

- Elle représente une des causes les mieux connues de la prématurité.
- Elle est responsable d'avortements tardifs ou de prématurité dans près de 100% des cas si elle existe et n'est pas traitée.

- Elle est suspectée sur l'anamnèse :

- antécédents de fausse couche tardive, avec expulsion sans contractions d'un fœtus vivant

- antécédents de travail très rapide.

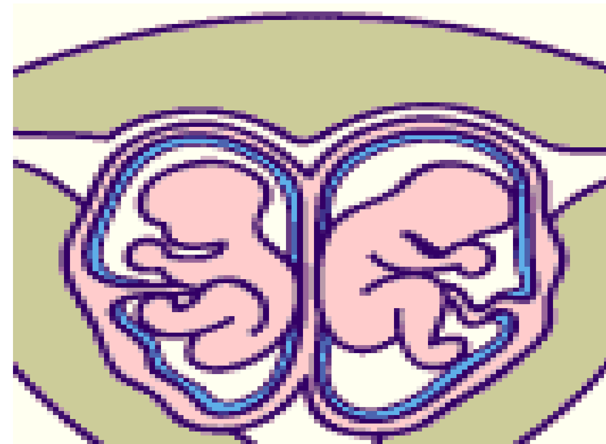
- hors de la grossesse, on peut diagnostiquer une béance anatomique par le calibrage du col à la bougie de Hegar n° 8, faisant poser le diagnostic si celle-ci passe l'orifice interne sans difficulté

- on peut d'autre part s'aider de l'hystérographie, aspect en cheminée de la zone cervico-isthmique sur les clichés de face et de profil

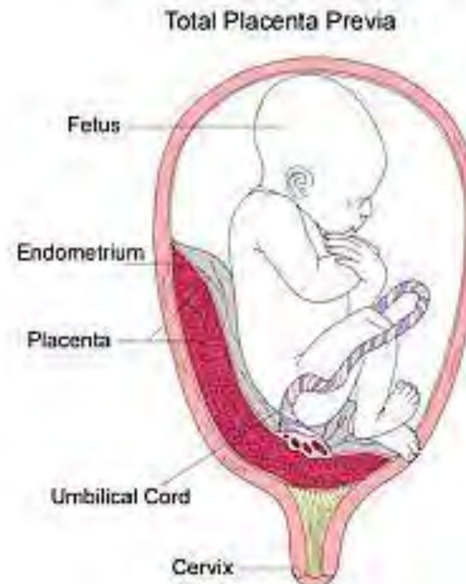
C. Causes ovulaires

- Chaque élément du contenu utérin peut intervenir pour déclencher le travail prématuré.

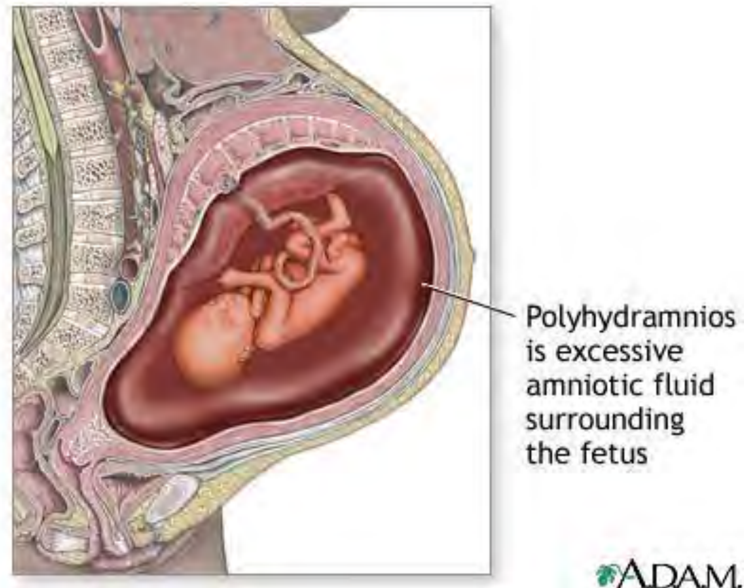
  * La **gémellarité** ou les grossesses multiples sont responsables de 10 à 20% de la prématurité du fait de la distension utérine.



- **Le placenta prævia** est responsable de prématurité par irritation du segment cervico-isthmique



* **L'hydramnios** est une cause plus rare de prématurité qui est due à la surdistension utérine.



III. Le diagnostic positif

A. La clinique :

Les signes fonctionnels :

-les contractions utérine c’est le premier motif de consultation.

Les contractions utérines pathologie de la menace d'accouchement prématuré sont le plus souvent ressenties douloureuses et réguliers survenant a la fréquence d’au moins une toutes les 10mn

Les métrorragies. Dont l'origine doit être précisée.

L'écoulement du liquide amniotique dont l'existence de modifie la prise en charge et les indications thérapeutiques.

Les signes physiques :

(L'examen gynécologique doit être pratiqué sur table gynécologique vessie et rectum Vide.)

-L'examen ou au spéculum : recherche :

Un écoulement de liquide amniotique

Un saignement

-le toucher vaginal. Comparé aux examens antérieurs permettra de mettre en évidence des modifications cervicales,

Il conviendra de d'apprécier :

1- Le raccourcissement.
2- La dilatation
3- La position
4- La consistance
5- L’ampliation du segment intérieur
6- La descente de la présentation

B. Les examens paraclinique s :

- La tococardiographie :

La tocométrie a l'aide d’un capteurs externe placés au niveau du fond utérin évaluera la

fréquence l'intensité des contractions utérines ressenties le moins et souvent. de découvrir des contractions utérines infracliniques non ressenties par la gestante,

en effet les contractions utérines ne sont pas

ressenties que dans 15 % des cas.

l’enregistrement du rythme cardiaque foetale associé à la tocométrie Permettra de s'assurer de la bonne vitalité fatale.

- L'échographie cervicale par voie endovaginale permettra de visualiser :

Une diminution de la longueur du col

Une dilatation de l'orifice interne avec un aspect en entonnoir associé le plus souvent à une protrusion des membranes amniotiques dans le canal cervical.

IV. Le traitement

Le traitement préventif

Le meilleur traitement de la menace d'accouchement prématuré et préventif les mesures apprendras seront les suivantes :

- amélioration des conditions de travail.
- limitation des longs trajets
- aide ménagère à domicile
- traitement précoce des infection urinaire.
- cerclage en cas de béance cervico- isthmique.

Le traitement curatif :

1) Le traitement étiologique :

- Antibiothérapie en cas d'infection
- ponction évacuatrice en cas d'hydramnios

2) Le traitement symptomatique la tocolyse

- Les contre-indications de la tocolyse :

  * la souffrance fatale aigue.
  * la chorioamniotite .

* la mort in utero

* toute pathologie maternelle contre-indiquant la prolongation de la grossesse

* le placenta prævia hémorragique



Les indications de la tocolyse

→ si les membranes sont intactes :

En cas de menace d'accouchement prématuré légère c'est le traitement à domicile

si la menace d'accouchement prématuré est plus importante le traitement se fait dans un milieu hospitalier.

→si les membranes sont rompues : la tocolyse sera mise en place à partir du terme pour lequel la prise en charge pédiatrique est possible .

➢ les tocolytiques usuels :

- -Les bêtamimétiques : sont des substances sont sympathomimétiques possédant parmi leurs effets une l propriété utéro-relaxante
- c'est le traitement de choix et permet d'obtenir une sédation des contractions utérines dans 90 % des cas il s'agit du salbutamol

- la voie d'administration :

D'abord par voie intraveineuse à l'aide d'un pousse seringue électrique pendant 24 à 48 heures après sédation des contractions utérines

- Les effets secondaires maternels :

1- Cardio-vasculaires

Tachycardie

Augmentation du débit cardiaque

A l'ECG sus décalage mineur. Le du segment ST

2-Métabolique

Hyperglycémie

- Les accidents et complications cardio-vasculaires :
  - L'OAP
  - L'ischémie myocardique
  - Les accidents cérébro-vasculaires

Les effets secondaires fœtaux :
- Tachycardies
- Hypoglycémie néonatale

3- Neuropsychiatrique :

tremblement (excellents signes d'imprégnation excessive)

Anxiété

Nervosité

*les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Par leur action anti-prostaglandine les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont les plus puissants des tocolytiques

les effets secondaires :- fermetures prématurés du canal artériel,

-le insuffisance rénale fonctionnelle source d'oligoamnios

les autre tocolytiques les inhibiteurs calciques et le sulfate de magnésium. Semblent aussi efficaces que les bêtamimétiques

-les progestatifs

- Les autres moyens thérapeutiques
- -la transfert in utero transfert médicalisé d'une patiente présentant une menace d'accouchement prématuré sévère vers un établissement spécialisé doté d'une réanimation néonatale

-la maturation foetale pulmonaire :

Réalisé avant 34 semaines d'aménorrhée les produits les plus utilisés sont les suivantes:

- Bétaméthasone Célestène® 12 mg en une injection IM renouveler 24 heures plus tard.

-Dexaméthasone solu-Décadron® 12mg en 2 injections IM espacées de 12H a renouveler 24H plus tard

ces cures sont a répéter tous les 07j en fonction de l'évolution clinique

Conduite à tenir devant une menace d'accouchement prématuré

Examen clinique :
- Contractions utérines
- Modifications cervicales
- Rupture prématurée des membranes
- Hémorragie

↓

Bilan en hospitalisation :
- Échogaphie
- ECBU
- Prélèvement vagina
- NFS, CRP
- Rythme cardiaque fœtal

↓

Bilan étiologique :
- Infection
- Cause maternelle ou ovulaire

↓

Bilan pronostique :
- Infection
- Âge gestationnel
- Vitalité fœtale

↓

+/– Transfert en centre de référence

